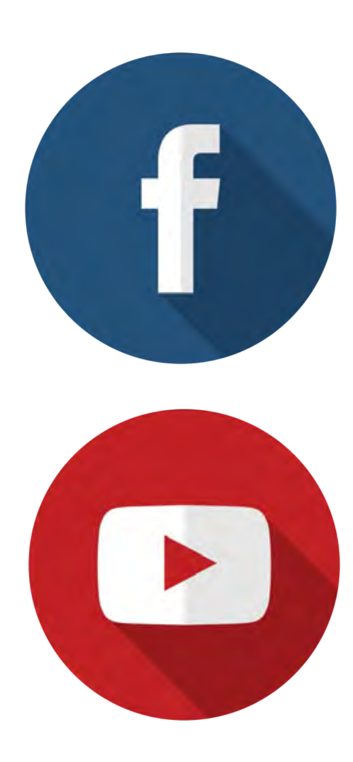
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







proctologie

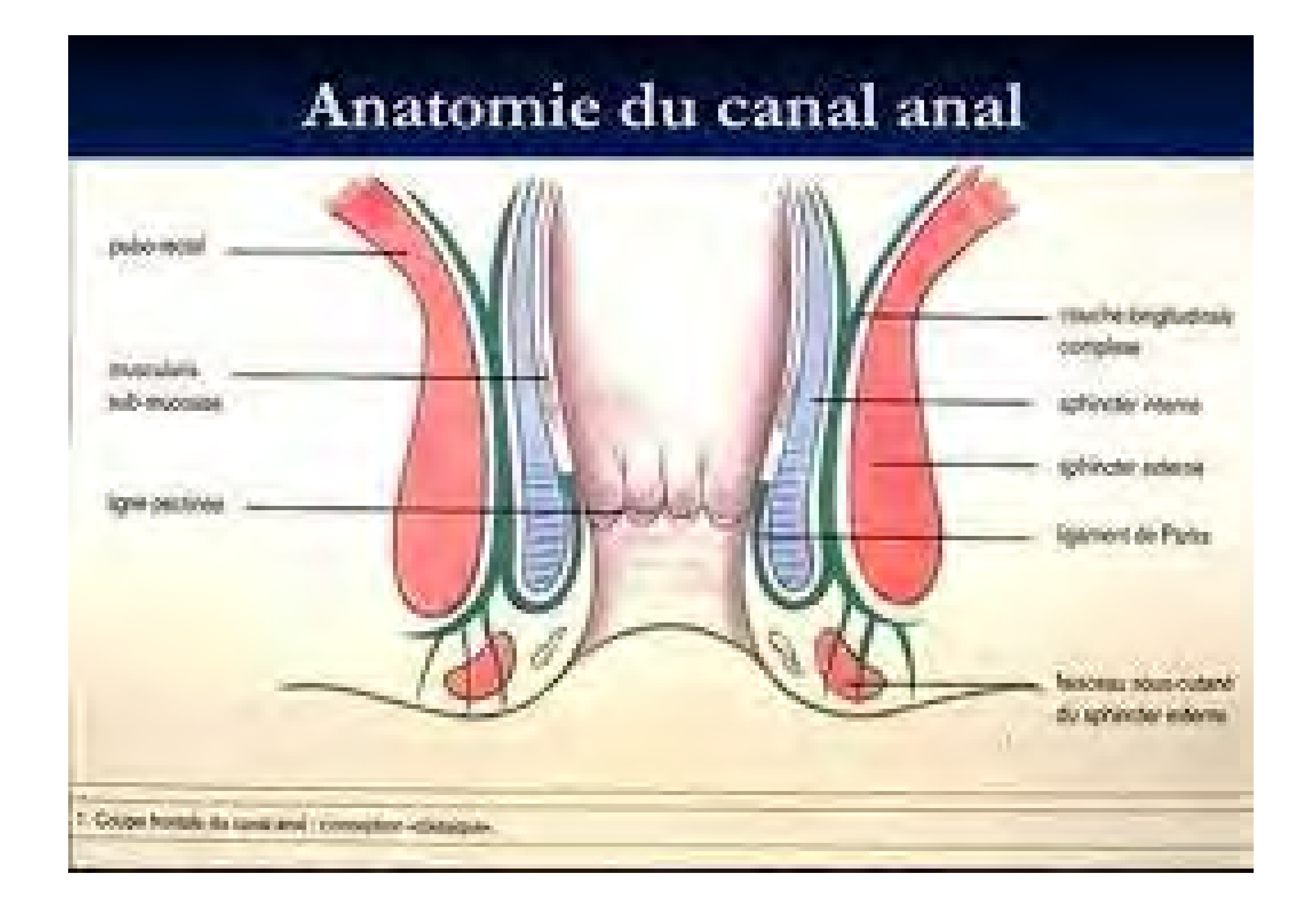
- **Rappel anatomique:**
- ***Appareil sphincterien:***

Sphincter interne: fibres musculaires lisses, involontaire en tonus de base

Sphincter externe: fibres musculaire striées control volontaire

Couche longitudinale complexe: faite de fibres du SI du SE et de Fibre du plancher pelvien: coordination et fixation des 2 sphincters

- ***Ligne pectinée:*** c'est un repli muqueux séparant le canal anal en 2 il est fait de crypte et de papille
- ***Peau péri anale***


Anatomie du canal anal
pubo-rectal
muscularis sub-mucosae
ligne pectinée
couche longitudinale complexe
sphincter interne
sphincter externe
ligament de Parks
faisceau sous-cutané du sphincter externe
Coupe frontale du canal anal

- **Innervation** Nerf PUDENDAL 03 branches
  - -branche génitale
  - -branche urinaire
  - -branche anale
- **Vascularisation:**

Artérielle :A hémorroïdal sup

A hémorroïdale moyenne

A Hémorroïdale inférieure

Nombreuses anastomoses sous muqueuse

Veineuses: les veines sont satellites des artères

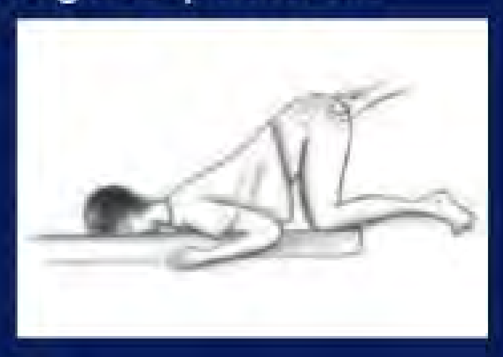
Plexus veineux hémorroïdaires internes au dessus de la ligne pectinée .

Plexus veineux hémorroïdaires externes au dessous da la ligne pectinée

Examen proctologique

Temps essentiel du diagnostic

Position génu-pectorale



Décubitus latéral gauche



- « Invitation » à l'examen
  - Rassurer : ex bref, non douloureux
  - Intimité au déshabillage (garder le haut)
- Table d'examen, lumière, gants, lubrifiant
- Inspection
  - Marge anale, pli inter fessier, plis radiés
  - Au repos et à la poussée
- Palpation
  - Induration, écoulement (orifice, fissure)
  - Aires ganglionnaires inguinales +++
- Toucher rectal +/- vaginal
  - En douceur, non traumatisant, sans forcer
- Anuscopie , Jetable ou autoclavable , source de lumière froide

HEMORROÏDES:

- **Description**

Les veines hémorroïdaires forment des paquets vasculaires au niveau de l’anus (hémorroïdes externes) et en bas du rectum (hémorroïdes internes). Elles jouent un rôle dans la continence fine des gaz.

La maladie hémorroïdaire, appelée « hémorroïdes » par abus de langage, est liée à une dilatation variqueuse et à une inflammation de ces veines

rectum
veine normale
hémorroïde
interne
anus
hémorroïde
externe

and external
sphincter musc
column of
Morgagni
dentate line
anal crypt
anal gland
nal canal
2 cm
2 cm
anal verge
anoderm

- **Facteurs favorisants**

La constipation est le facteur favorisant principal.

Les activités physiques entrainant des efforts violents ou répétés de poussée abdominale à glotte fermée en sont aussi responsables.

L'exemple typique est l'accouchement par voie basse.

D'autres facteurs classiques comme une alimentation épicée, la sédentarité ou l'hérédité.

- **Pathogénie:** un facteur mécanique
  un facteur vasculaire circulatoire

- **Symptômes**

Les seuls symptômes des « hémorroïdes » externes sont liés à la thrombose hémorroïdaire. C'est une douleur anale intense d'apparition progressive accompagnée d'une sensation de tension anale, d'une gène à la marche et à la position assise.

Les symptômes liés aux « hémorroïdes» internes sont la rectorragie, le suintement et le prurit. Ces deux derniers symptômes sont liés à la procidence des paquets hémorroïdaires internes qui, au stade ultime, peuvent se thromboser (prolapsus hémorroïdaire thrombosé) entrainant un volumineux œdème très douloureux de la marge anale.

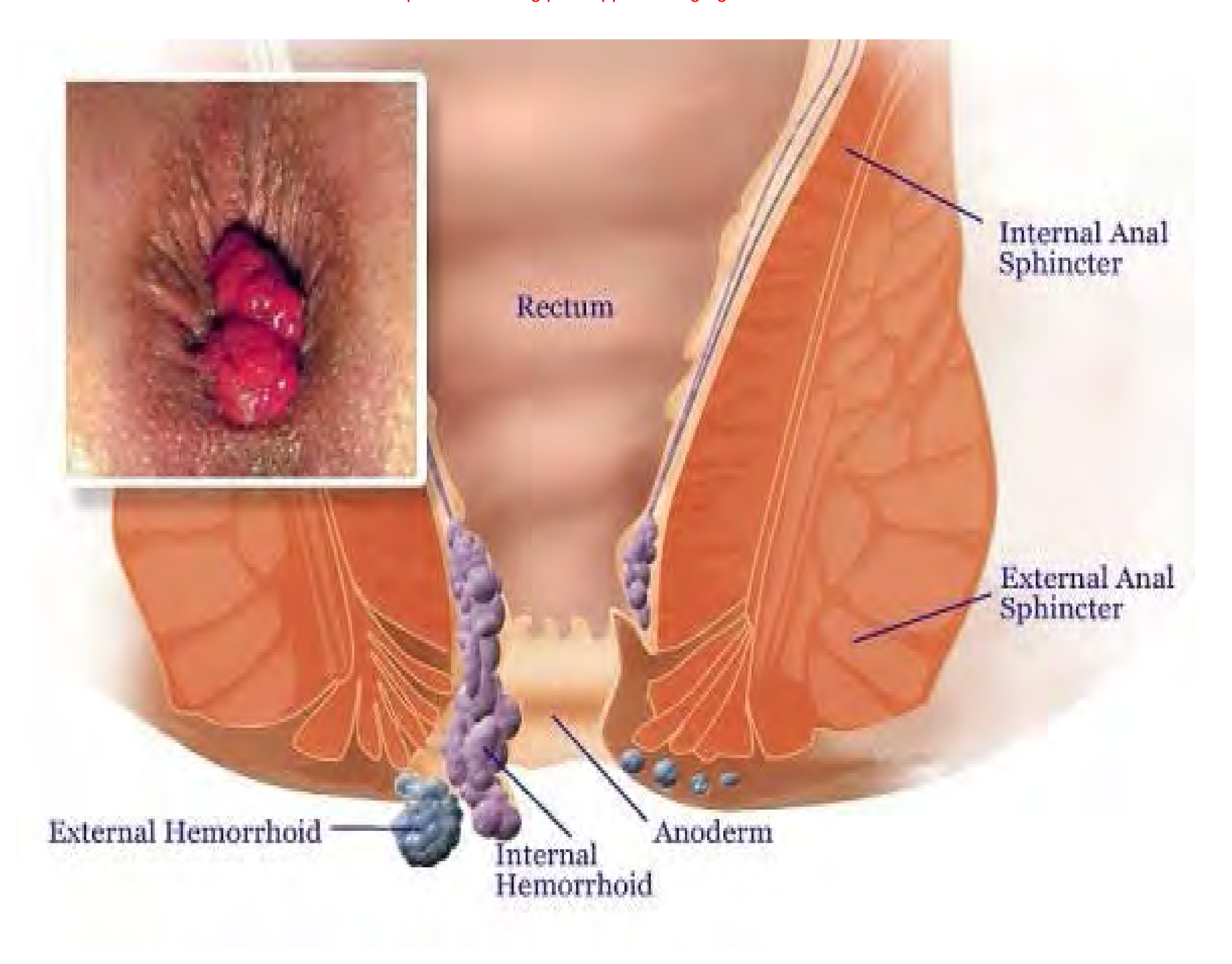
PROCIDENCE : suivant son importance on distingue :

Grade 1 : hémorroïdes internes non prolabées

Grade 2 : hémorroïdes prolabées à la défécation réductibles spontanément.

Grade 3 : hémorroïdes prolabées réductibles manuellement

Grade 4 : hémorroïdes prolabées irréductibles


Rectum
Internal Anal Sphincter
External Anal Sphincter
External Hemorrhoid
Internal Hemorrhoid
Anoderm

- **Examens complémentaires**

L’anuscopie permet de les visualiser.

Une coloscopie sera proposée en cas de rectorragie récente survenant à un âge propice aux cancers recto-coliques

(les « hémorroïdes » sont un diagnostic d’élimination des rectorragies).

- **Traitement**

traitement d'une constipation est fondamental.

En dehors des accidents aigus, certaines pommades et certains suppositoires anti-inflammatoires et anesthésiques peuvent être utilisé comme traitement de confort. Les veinotoniques.

La thrombose hémorroïdaire externe guérit spontanément, mais l'incision sous anesthésie locale accélère la guérison.

Les procidences hémorroïdaires internes sont traitées préventivement par injections de produits sclérosants, par photocoagulation infrarouge, par ligature élastique, ou par chirurgie (anopexie rectale) selon les stades de gravité.

Le traitement du prolapsus hémorroïdaire thrombosé, difficile, est parfois précédé par un traitement antalgique et anti-inflammatoire en injections. Il nécessite la chirurgie (hémorroïdectomie) ou la radiothérapie.



FISSURE ANALE:

- **Description**

La fissure anale est une plaie du revêtement de la partie basse du canal anal. Elle siège en territoire malpighien sous la ligne pectinée. Le fond de cette plaie est souvent matérialisé par les fibres du sphincter anal interne.

La plus fréquente après les hémorroïdes

C'est une maladie autonome

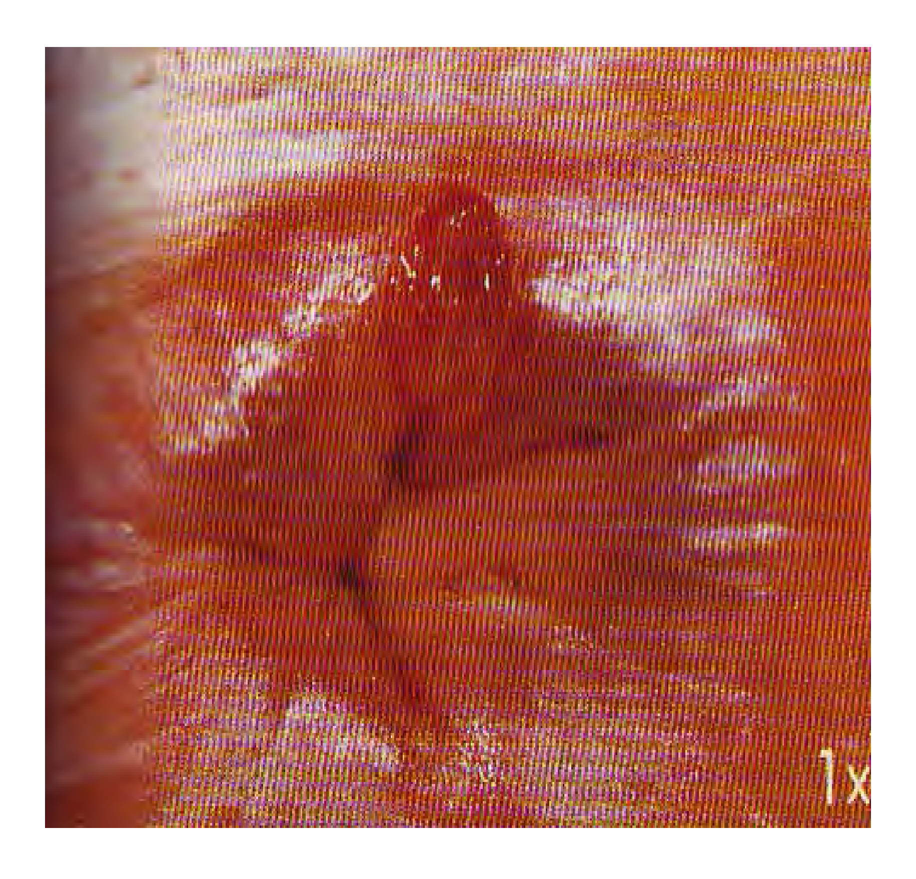
Toute fissure latérale est à priori suspecte

Pathogénie:

-*spasme sphinctérien:* hypertonie sphinctérienne.

-*nature ischémique de la fissure* : les branches terminales des artères rectales inférieures n'irriguent pas ou peu la ligne médiane postérieure. Ces branches traversent les fibres musculaires du sphincter anal interne (⊥).

- les autres facteurs:
  - + anatomie: point faible postérieure
  - + mécanique: selle dure ou trop liquide
  - + cutanée: para kératose


1x



- ***Diagnostic:***

Symptomatologie: maître symptôme= douleur ou sphinctéralgie caractéristique: « Syndrome fissuraire »

*siège: anale

*irradiation: souvent localisée ou vers dos, fesses, cuisses, organes génitaux

*type: déchirure ou brûlure

*intensité: vive et intolérable

*provoquée et rythmée par la défécation

*durée: quelques mn ou heures

*signes accompagnateurs: rectorragie, constipation réflexe, tr. Mictionnels, suintement et prurit (formes anciennes ou compliquées)



Examen clinique: « douceur »

- m.e.e: -ulcération, hypertonie sphinctérienne, type fissure (aiguë; ancienne; infectée)
- anuscopie et rectoscopie: surtout pour lésions associées et diagnostic différentiel
- recherche d'ADP inguinale: systématique.

Diagnostic positif: facile:

*chronologie de la douleur
*topographie commissurale ou juxta polaire
*aspect macroscopique de la perte de substance
*contracture sphinctérienne

- **Formes cliniques:**

La forme aiguë: sus décrite. L'évolution est imprévisible

- FISSURE ANALE EVOLUEE:

-douleurs moins intense

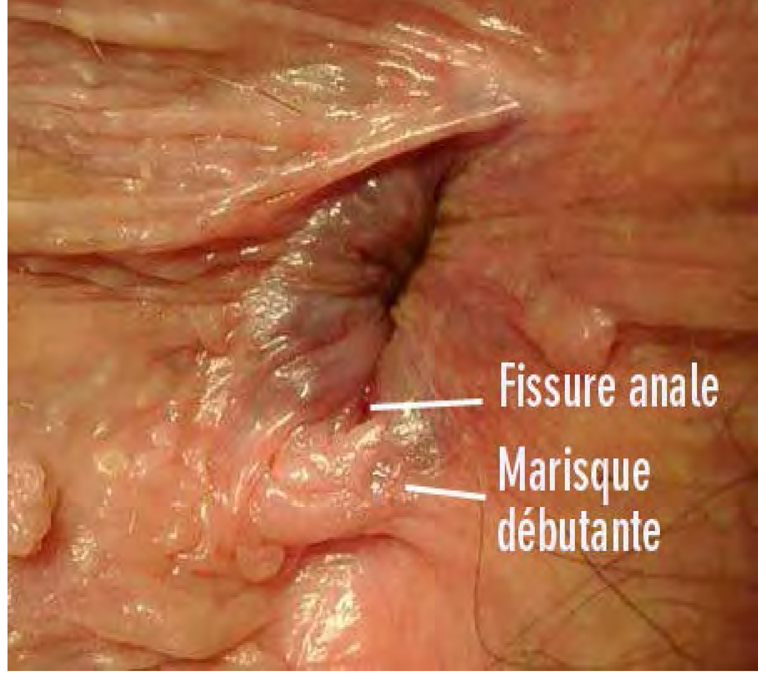
-la contracture est remplacée par une hypertonie

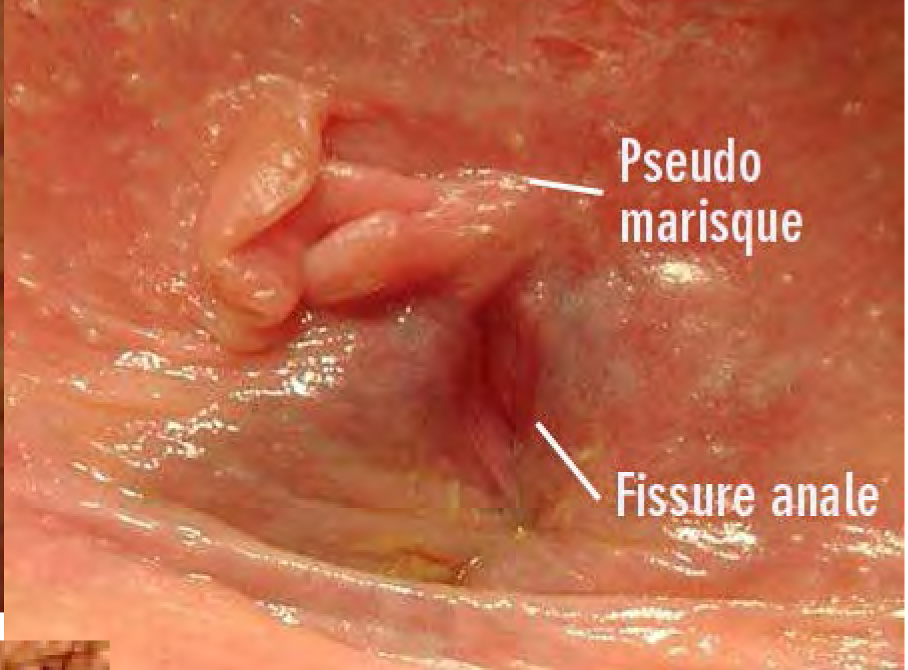
-L'aspect se modifie: le capuchon marisqual; hypertrophie de la papille

- FISSURE ANALE INFECTEE: Elle est recouverte d'un granulome inflammatoire, laissant couler une goutte de pus

Il peut exister un orifice fistuleux superficiel externe sous le capuchon

- FISSURE DE LA FEMME ENCEINTE: antérieure/ post partum/ pas de contracture sphinctérienne
- ETAT PRE FISSURAIRE: au passage des selles


Fissure anale
Marisque débutante


Pseudo marisque
Fissure anale



Diagnostic différentiel:

* maladie de Crohn
*tuberculose anale
*Infection sexuellement transmissible: herpes anal, syphilis, chancre mou, HIV…
* autres: traumatique, lésion d'eczéma, maniaques de propreté…
* cancer à forme fissuraire: histologie systématique de la fissurectomie

- **Traitement:**

But : - supprimer la douleur,
vaincre l'hypertonie sphinctérienne,
obtenir la cicatrisation définitive

Les moyens :
traitement médical:
a- régularisation du transit: mesure diététiques, médicaments

b- soulager la douleur:
local: gel anesthésiant, bain chaud
général: antalgiques, suppositoire..

Ce traitement doit être poursuivie 2-3 sem.
Traitement efficace mais récidive fréquente

Sphinctérienne chimique:

a- Toxine botulique: BOTOX®

b- Dérivés nitrés en application locale.

c- Inhibiteurs calciques: per os ou locale

Traitement sclérosant: en injection sous fissuraire surtout fissure jeune.

Traitement chirurgical:

a- exérèse de fissure= résection de la fissure et de ses annexes, avec mise à nu du sphincter interne; peut être associe:

anoplastie; plastie cutanée…

b- sphinctérotomie isolée= Leiomyotomie: latéral ou postérieure: mais risque d'hypocontinence.

- **Les indications** :

  * toujours essayer le traitement médical

  * traitement chirurgical est réservée à la fissure infectée, la fissure résistante au traitement médical, la fissure suspecte, la fissure associée à une autre pathologie proctologique chirurgicale.

FISTULE ANALE:

- **Description:**

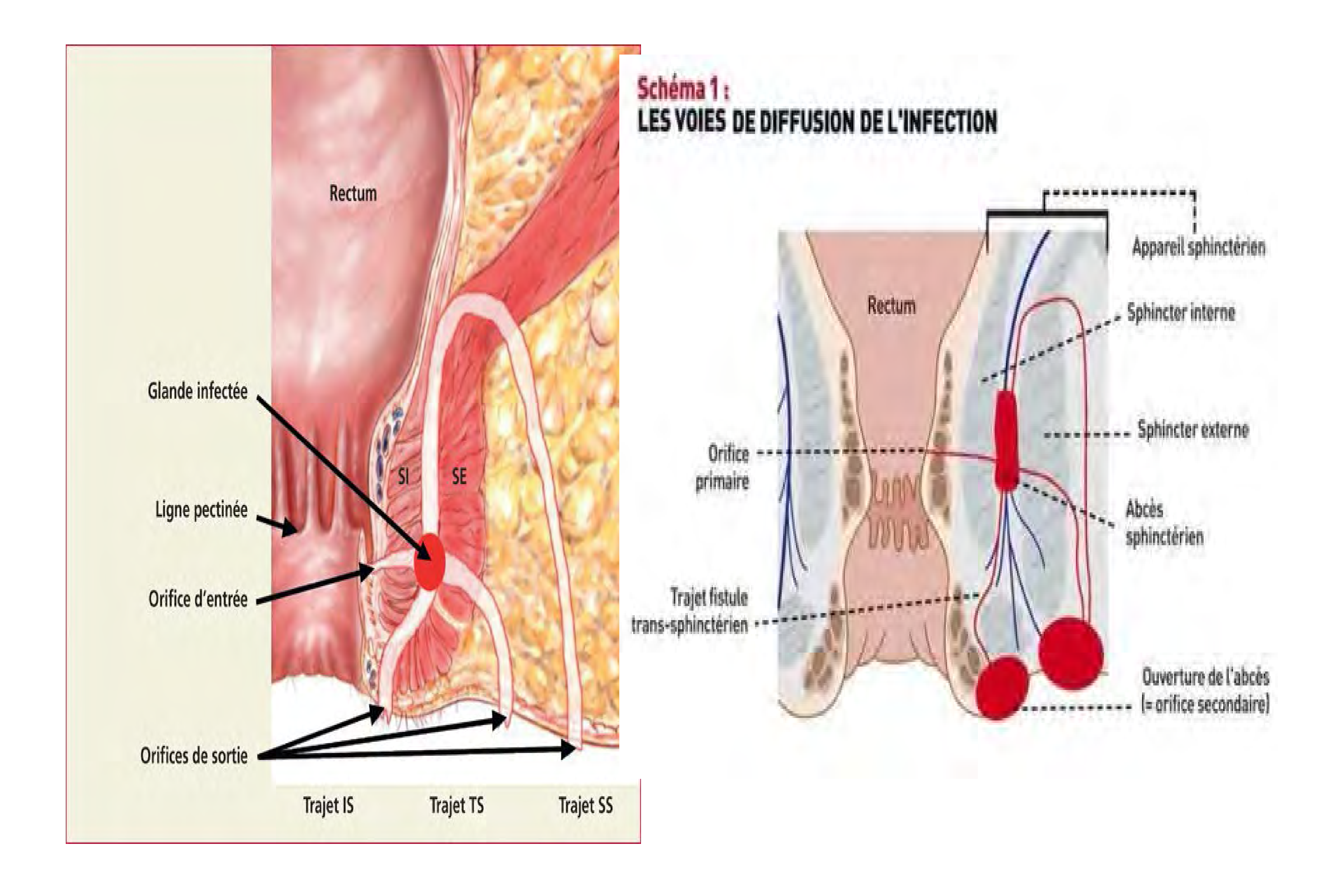
Affection Aigue ou Chronique dont le point de départ est une glande D'HERMAN et DEFOSSES qui est située dans l'espace inter-sphinctérien et qui s'abouche au niveau d'une crypte de la ligne pectinée .L'infection de ces glandes donne un abcès primaire dans l'espace inter-sphinctérien.Cet abcès peut évoluer vers la rècession.

Lorsqu'il évolue vers l'extension il reste localisé ou traverse le muscle strié pour s'ouvrir a la peau

On distingue:

- Un Orifice Primaire ou interne: toujours présent
- Un trajet : qui chemine vers la peau en traversant l'appareil sphinctérien ou vers le haut le long du rectum dans l'espace inter-sphinctérien
- Un Orifice secondaire externe: par ouverture à la peau , plus rarement interne en cas d'abcès inter-sphinctérien s'ouvrant secondairement dans le rectum

Il n'y a pas donc de fistule borgne ou c'est une autre suppuration


Rectum
Glande infectée
SI
SE
Ligne pectinée
Orifice d'entrée
Orifices de sortie
Trajet IS
Trajet TS
Trajet SS
Schéma 1 :
LES VOIES DE DIFFUSION DE L'INFECTION
Appareil sphinctérien
Rectum
Sphincter interne
Sphincter externe
Orifice primaire
Abcès sphinctérien
Trajet fistule trans-sphinctérien
Ouverture de l'abcès (= orifice secondaire)

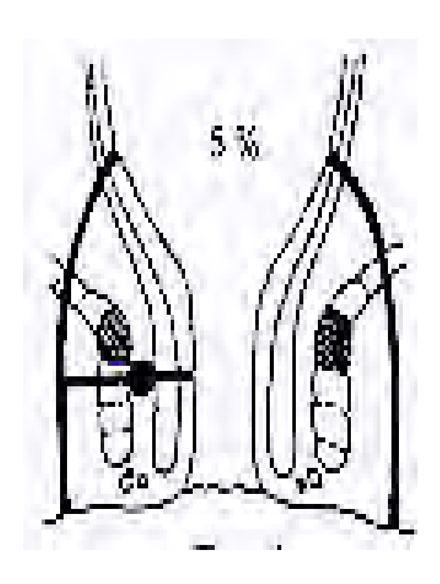
Abcès intramural

Fistule supra-sphinctérienne

Fistule trans-sphinctérienne haute

Fistule trans-sphinctérienne basse

Orifice interne sur la ligne pectinée



- **Manifestations cliniques**

Phase aigue ou Abcès

Dominée par la douleur diffuse de plus en plus vive, non rythmée par les selles pouvant donner des irradiations péri-scrotales avec dysurie et Syndrome infectieux

-Examen Clinique

Parfois l'abcès est évident: masse rouge chaude tendue sur le point de se rompre

Parfois l'aspect pet être normal si l'abcès est profond Ischio-rectal ou Inter-sphinctérien:TR

Le Toucher anal peut parfois palper un orifice interne

Le Toucher rectal montre Abcès intersphinctérie

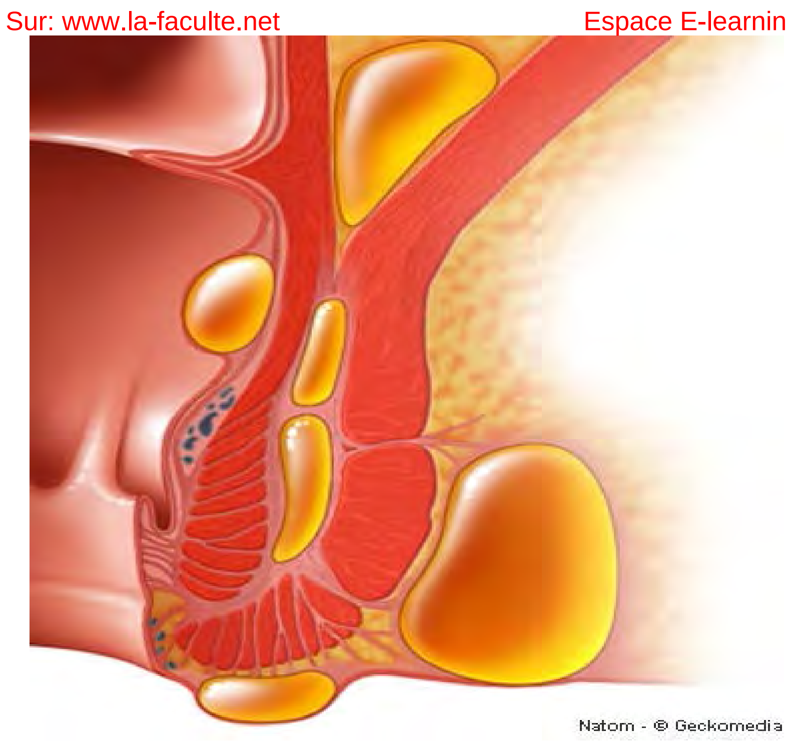
Phase chronique ou Fistule

Peut succéder à une phase d'abcès évacué spontanément ou chirurgicalement , ou s'installer d'emblée

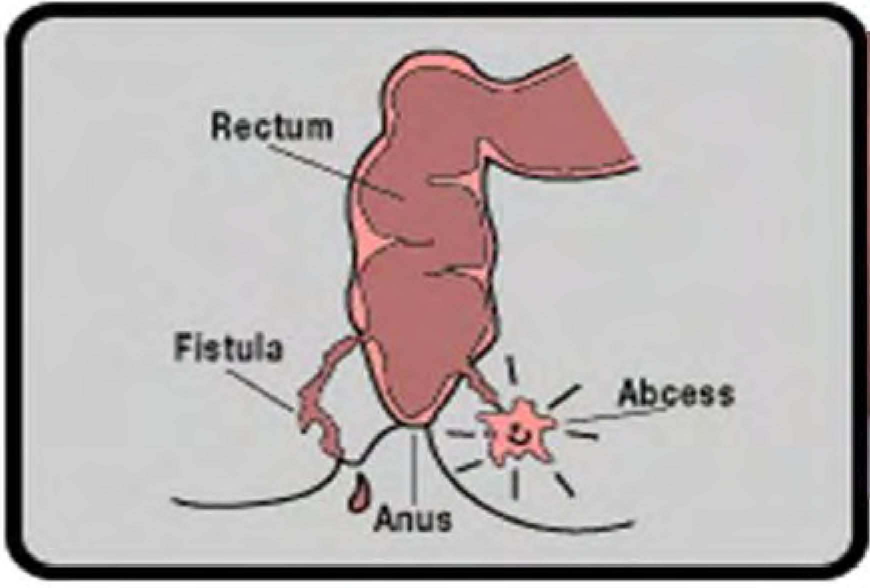
-Examen: l'inspection :

Présence d'un orifice externe en peau saine ou sur une cicatrice de drainage. Il peut y avoir plusieurs orifices externes et un orifice interne

Il peut y avoir une fistule en fer à Cheval: un orifice de part et d'autre de la ligne médiane


Natom - © Geckomedia




Rectum
Fistula
Abcess
Anus



- **Diagnostic différentiel:**

Les Suppurations dont l'origine est au dessus du canal anal: Maladie de Crohn

Fistule recto-vaginale (post partum ou iatrogène)

Abcès diverticulaires du Sigmoïde (fistulisés à la peau)

Abcès a corps étrangers

Les suppurations dont l'origine est indépendante de l'ano-rectum: les suppurations n'ont pas de rapports avec l'appareil sphinctérien et donc pas d'incidence sur la continence

*les germes cutanés sont les plus présents

- Représentées par: le sinus Pilonidal

maladie de Verneuil

Rares suppurations prostatiques /ou osseuses

Aide au diagnostic

- Fistulographie : Abandonné
- Echographie endo rectale: recherche Oi difficile
- Scann peut être utilisé mais moins performant que
- ***L'IRM*** qui est l'examen de Choix dans les fistules Complexes
- Rectoscopie colono incontounables dans les fistules sur maladie Cryptogénétique

- **Traitement**

il est exclusivement Chirurgical

deux impératifs:

- traiter la suppuration

- respecter la fonction de continence

Abcès : - incision +++

- si possible repérage du trajet fistuleux

Gangrène Gazeuse: Urgence VITALE

apanage du diabétique : parage et transfert dans Unité spécialisée

- **Fistule:** Le traitement est fonction de la masse musculaire intéressée par la fistule

Fistule transphinctèrienne inférieure: est traitée en 1 temps fistulectomie emportant tout le trajet mise a plat directe. récidive

Fistule tran-spinctérienne supérieure et supra.: traitement en 2 temps

-Premier tps: exérése du trajet jusqu'au plan musculaire puis mise en place d'une anse souple sur le sphincter

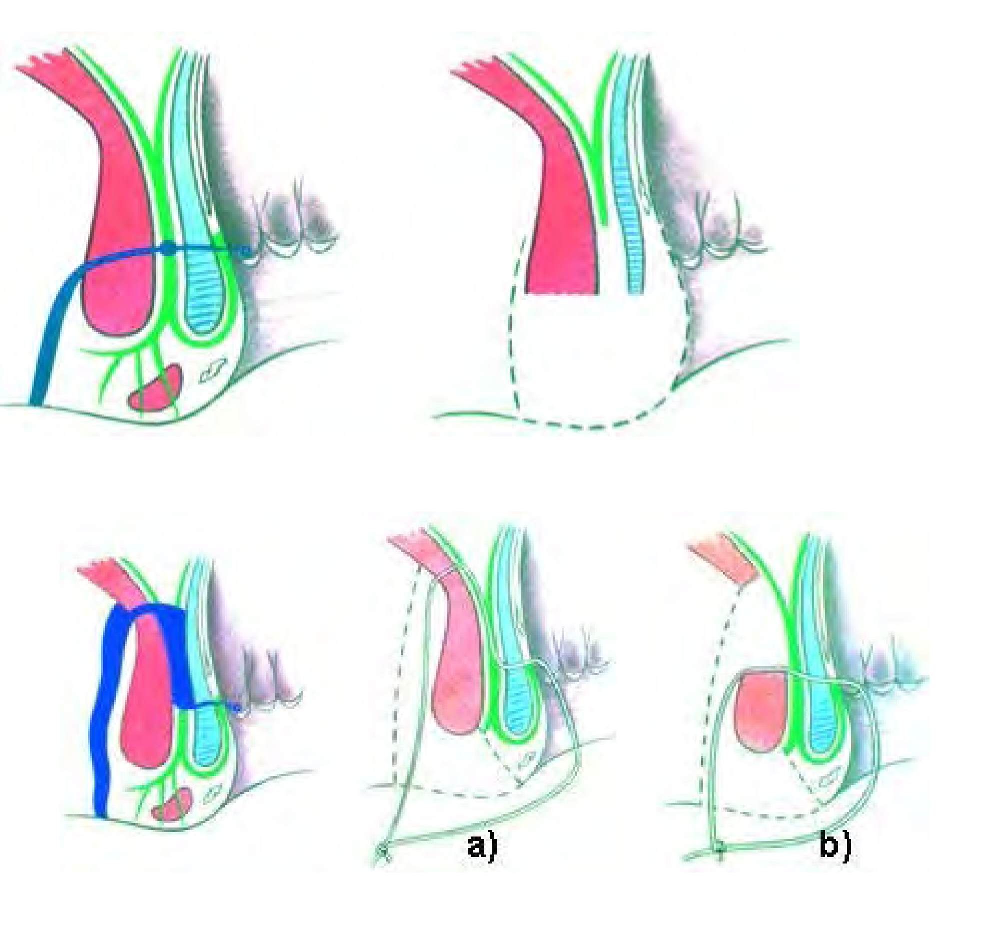
-Deuxiéme tps: traction de l'élastique puis section directe

Fistules intersphincterienne isolée:

Mise a plat par voie endo-canalaire

Fistules en fer a cheval : 3 temps

- Drainage
- Suppression du fer a cheval
- Traitement du trajet principal


a)
b)

